

Iwona Kowalska

Oczekiwania jednostek administracji rządowej jako potencjalnych pracodawców absolwentów kierunku: zdrowie publiczne

Prezentacja jednostek administracji rządowej jako potencjalnych pracodawców absolwentów kierunku: zdrowie publiczne

Wstęp

Organy administracji rządowej są wpisane w infrastrukturę zdrowia publicznego poprzez realizowane zadania i kompetencje związane z zapewnieniem obywatelom konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia; działają w ramach systemu organów administracji publicznej, którego podstawy tworzy Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej.

Na szczycie centralnym organami administracji publicznej właściwymi w sprawach ochrony zdrowia są: minister właściwy ds. zdrowia, podlegli temu ministrowi główni inspektorzy: sanitarny oraz farmaceutyczny, a także – w odniesieniu do spraw ochrony zdrowia w zakresie swoich resortów – minister obrony narodowej oraz minister spraw wewnętrznych i administracji, minister sprawiedliwości oraz, wraz z dokonanymi zmianami w sektorze opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie można tu zapomnieć o organach władzy ustawodawczej, czyli Sejmie i Senacie, gdzie odpowiednio w sejmowych i senackich komisjach zdrowia zapadają decyzje rzutujące w zasadniczy sposób na proces legislacyjny w tej materii.

Zadania i kompetencje ministra zdrowia jako „ministra działowego” uległy w ostatnim okresie istotnej zmianie w wyniku, przede wszystkim, „reformy centrum rządu”, wdrożonej w latach 1996–1997, a dokonanej na mocy ustawy o rządzie i o działach administracji rządowej oraz reformy ustrojowej, w rezultacie której nastąpiło przekazanie istotnych zadań w zakresie ochrony zdrowia jednostkom samorządu terytorialnego, ale też i stworzenie odrębnych od samo-

rządu terytorialnego instytucji finansowania ochrony zdrowia w postaci działających do 01.01.1999 r. regionalnych kas chorych, a od 01.04.2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia z oddziałami terenowymi.

Minister zdrowia przestał w zdecydowanej mierze odpowiadać za bezpośrednie wykonywanie zadań administracyjnych. Istotną część zadań i odpowiedzialności przejęły jednostki samorządu terytorialnego, ale też i nowo utworzone urzędy centralne, w tym – co dotyczy również ochrony zdrowia – organy inspekcji. Stworzyło to warunki do zwiększenia roli ministrów jako inicjatorów polityki państwa i rządu (także przez proponowanie nowych unormowań prawnych ze sfery danego działu administracji rządowej) oraz jako organów czuwających nad realizacją tej polityki.

Na szczeblu terenowym (regionalnym i lokalnym) organami administracji publicznej mającymi określone ustawowo kompetencje do wykonywania zadań w sferze ochrony zdrowia są: wojewodowie, stojący na czele wojewódzkiej administracji zespolonej oraz ograny jednostek samorządu terytorialnego (wojewódzkiego, powiatowego i gminnego)¹.

W tym miejscu należy również wspomnieć o funkcjonujących na terenie każdego z województw Regionalnych Ośrodkach lub Centrach Zdrowia Publicznego.

Po reformie administracji publicznej dokonanej w 1998 roku rola wojewody w strukturze aparatu administracji publicznej uległa zdecydowanej zmianie. Wojewoda prawie całkowicie został pozbawiony roli dostawcy różnego rodzaju usług materialnych i niematerialnych na rzecz mieszkańców i innych podmiotów. Pozbawiony został również uprawnień „organu założycielskiego” dla zakładów opieki zdrowotnej, co było wcześniej jego istotnym zadaniem w zakresie ochrony zdrowia.

Misja spełniana przez organy administracji publicznej może być rozumiana w kontekście wdrażania środków i rozwiązań socjalnych, które zabezpieczyłyby każdej jednostce danej zbiorowości poziom życia umożliwiający podtrzymanie zdrowia, co wiąże tę misję z procesem politycznym, jako niezbędnym narzędziem realizowania polityki zdrowotnej.

W tym kontekście zdrowie publiczne jest rozumiane jako sztuka stosowania nauki w warunkach procesu politycznego (najczęściej przy zastosowaniu utylitarystycznej miary) w taki sposób, aby zredukować nierówności w opiece zdrowotnej oraz zapewnić możliwie najlepszy stan tejsze jak największej liczbie mieszkańców/obywateli².

Motywacje polityków wpływają na sposób i kierunek działania rządu jako instytucji. Z tego punktu widzenia podstawową racją działania tych instytucji będzie, w miarę możliwości, niezakłócone sprawowanie władzy przez całą kadencję, tak aby stworzyć możliwości reelekcji dla ugrupowań tworzących rząd.

¹ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001: 24–27.

² The World Health Report 1998, A vision for all, WHO, Geneva 1998, s. 141.

Decydenci polityczni traktują jednak kwestie zdrowotne instrumentalnie. Świadczą o tym dwa fakty, po pierwsze: podejmowanie niepopularnych do realizacji, systemowych decyzji wymagających kosztów finansowych i społecznych zaraz po wyborach, tak aby wyborcy mieli szanse zapomnieć o niepopularnych lub ryzykownych posunięciach przez okres całej kadencji wyborczej, oraz, po drugie, cykliczny wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia w okresach poprzedzających bezpośrednio termin wyborów³.

Kryteria identyfikacji jednostek administracji rządowej na potrzeby projektu Leonardo da Vinci – cel artykułu

Jednostki administracji rządowej są w oczywisty sposób wpisane w infrastrukturę instytucjonalną zdrowia publicznego, to znaczy uczestniczą w realizacji jego misji, zadań i funkcji.

W niniejszym artykule zaprezentowane zostaną wyniki badania w grupie jednostek administracji rządowej, na poziomie województwa – w Wydziałach Zdrowia i Polityki Społecznej i w Regionalnych Centrach Zdrowia Publicznego.

Ze względu na niewielką ilość potencjalnych miejsc pracy dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne w organach administracji publicznych, takich jak Ministerstwo Zdrowia i inne resorty realizujące zadania z zakresu ochrony zdrowia czy organy władzy ustawodawczej, nie zostały one uwzględnione w badaniu, co nie przesądza o ich zasłużonym, wręcz pierwszoplanowym miejscu w infrastrukturze zdrowia publicznego.

Badane grupy zostały wyróżnione w projekcie i zakwalifikowane wśród innych instytucji tzw. sfer zdrowia publicznego, ze względu na następujące kryteria: realizowane zadania z zakresu ochrony zdrowia, strukturę organizacyjną i możliwość zatrudnienia absolwentów zdrowia publicznego, a co za tym idzie – określenie wymogów kierowanych do potencjalnych pracowników.

Wyniki badania właściwie we wszystkich grupach podmiotów wyróżnionych w projekcie wskazują wyraźnie na specyfikę ich oczekiwań, a także – już na podstawie analizy wyników, na następujące problemy: trudności związane z definiowaniem zdrowia publicznego i jego obszaru zarówno badawczego, jak i „działania” oraz kłopoty z określeniem, kim jest absolwent zdrowia publicznego.

Rezultaty badania zostaną przedstawione w formie prezentacji zestawu kompetencji najbardziej pożądanых z punktu widzenia wojewódzkich Wydziałów Zdrowia i Polityki Społecznej i Regionalnych Centrów Zdrowia Publicznego jako potencjalnych pracodawców i odpowiadającej temu zestawowi sylwetki najbardziej pożądanego absolwenta zdrowia publicznego. Następnie wyniki te zostaną skonfrontowane z proponowanymi przez grupę możliwymi stanowi-

³ Więcej na ten temat: C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996, s. 75 oraz I. Kowalska-Koprowska, *Wyniki badania oczekiwań dotyczących profesjonalnych kompetencji absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika zatrudnionego w sektorze administracji samorządowej*, „Zdrowie Publiczne”, 112 (2), 2002: 261–263.

skami pracy. Przedstawione rezultaty muszą zostać opisane w kontekście specyficznych wymagań badanych grup potencjalnych pracodawców absolwentów zdrowia publicznego i zostaną zestawione z ogólną charakterystyką działalności jednostek administracji rządowej. Przedstawione zostaną także rezultaty negatywnej weryfikacji list kompetencji przez adresatów kwestionariusza, czyli najmniej pożądane umiejętności i kompetencje, co pozwoli na zaprezentowanie najistotniejszych różnic oczekiwań wynikających ze specyfiki grupy.

Zadania poszczególnych organów administracji rządowej w zakresie ochrony zdrowia

Minister zdrowia

W ramach rządu aktorem najbardziej aktywnym w realizacji zadań i celów z zakresu zdrowia publicznego jest Ministerstwo Zdrowia.

Cele i zadania Ministerstwa Zdrowia zostały normatywnie określone w ustawie o działach z dnia 4 września 1997 i zaliczają się do nich:

- ochrona zdrowia i organizacja opieki zdrowotnej,
- nadzór nad środkami farmaceutycznymi i materiałami medycznymi, aparaturą i sprzętem medycznym,
- regulowanie kwestii tzw. zawodów medycznych,
- zajmowanie się sprawami warunków sanitarnych oraz nadzoru sanitarnego,
- lecznictwo uzdrowiskowe,
- koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych⁴.

W obecnym kształcie Ministerstwo Zdrowia zostało utworzone na mocy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 roku⁵.

Minister zdrowia, w ramach realizacji swoich kompetencji z zakresu: „zdrowie”, jest kreatorem i nadzorcą programów polityki zdrowotnej państwa, które należy traktować jako integralną część zdrowia publicznego.

Ponadto minister zdrowia może powołać, o czym traktuje art. 66a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, konsultantów krajowych spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny i farmacji wykonujących zadania opiniodawcze i doradcze dla organów administracji rządowej oraz podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej.

Zadania z zakresu ochrony zdrowia realizowane są przez różnego rodzaju komórki organizacyjne Ministerstwa Zdrowia. Obecna struktura organizacyjna Ministerstwa wynika z Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 stycznia 2000 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwa Zdrowia⁶.

Ze statutu Ministerstwa wynika, że zapewnia ono obsługę ministra zdrowia, a w jego skład wchodzi następujące komórki organizacyjne:

⁴ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001, s. 29.

⁵ DzU Nr 91, poz. 1018.

⁶ DzU Nr 5, poz. 56 z póź. zm.

- Gabinet Polityczny,
- Biuro Ministra,
- Departament Zdrowia Publicznego,
- Departament Nauki i Kadr medycznych,
- Departament Organizacji Ochrony Zdrowia,
- Departament Gospodarki Środkami Farmaceutycznymi i Materiałami Medycznymi,
- Departament Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- Departament Nadzoru i Kontroli,
- Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji,
- Departament Prawny,
- Departament Integracji Europejskiej i Współpracy z Zagranicą,
- Departament Spraw Obronnych,
- Biuro Informacji i Promocji,
- Biuro Organizacji i Kadr,
- Biuro Administracyjno-Gospodarcze.

Merytoryczną obsługę w zakresie działu: „zdrowie publiczne” zapewnić mają w szczególności takie departamenty, jak: Zdrowia Publicznego, Nauki i Kadr Medycznych, Organizacji Ochrony Zdrowia, Gospodarki Środkami Farmaceutycznymi i Materiałami Medycznymi oraz Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Departament Zdrowia Publicznego odpowiada za realizację następujących zadań:

- określanie głównych problemów i potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
- planowanie, kontraktowanie i nadzór nad realizacją programów polityki zdrowotnej społeczeństwa, w tym Narodowego Programu Zdrowia, z zastrzeżeniem zadań leżących w kompetencji Głównego Inspektora Sanitarnego,
- planowanie, kontraktowanie i monitorowanie realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa, w tym realizacja procedur wysoko specjalistycznych,
- określanie uprawnień do świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji polityki zdrowotnej państwa,
- orzecznictwo lekarskie oraz sprawowanie nadzoru nad systemem krwiodawstwa, krwiolecznictwa i transplantacji w Polsce,
- nadzór nad działalnością kliniczną i realizacja programów polityki zdrowotnej szpitali klinicznych i innych jednostek,
- planowanie, kontraktowanie i monitorowanie realizacji świadczeń w zakresie opieki długoterminowej,
- określenie standardów udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego,
- przygotowywanie decyzji projektów administracyjnych wydawanych przez ministra zdrowia w zakresie odstępstw od wymagań fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać zakłady opieki zdrowotnej,

- wydawanie zezwoleń i prowadzenie rejestru na środki kosmetyczne silnie działające⁷.

Departament Nauki i Kadr Medycznych zajmuje się ogólną koordynacją badań naukowych w medycynie oraz prowadzeniem spraw dotyczących nadzoru specjalistycznego i wyższego szkolnictwa medycznego, a ponadto sprawami zawodów medycznych.

Departament Organizacji Ochrony Zdrowia zajmuje się przygotowaniem nowych rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia i ich realizacji, w tym programów prywatyzacyjnych, restrukturyzacyjnych, a także decentralizacyjnych. Prowadzi też sprawy dotyczące ratownictwa medycznego, a także rejestr zakładów opieki zdrowotnej.

Departament Gospodarki Środkami Farmaceutycznymi i Materiałami Medycznymi odpowiada za opracowywanie założeń polityki lekowej państwa, natomiast Departament Ubezpieczeń Zdrowotnych za obsługę oraz opracowywanie planów, analiz oraz ocen rozwiązań funkcjonowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.

Nowa sytuacja polityczna przyniosła krytykę dotychczasowego sposobu realizacji zadań i funkcji z zakresu zdrowia publicznego na poziomie zarówno rządowym, jak i samorządowym. Ministerstwo Zdrowia jeszcze niedawno w sposób zdecydowany wypowiadało się, iż Rada Ministrów po 1 stycznia 1999 roku utraciła *de facto* kontrolę nad systemem ochrony zdrowia w Polsce i domaga się niezwłocznego przywrócenia konstytucyjnej odpowiedzialności władz publicznych za opiekę zdrowotną obywateli, postulując jednocześnie, aby to minister zdrowia uzyskał decydujący głos w prowadzeniu i realizowaniu polityki zdrowotnej państwa⁸. Zastosowanie takiego rozwiązania ma oczywiście zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty. Z jednej strony powstać ma silny ośrodek decyzyjny w postaci ministra zdrowia, z drugiej jednak – prowadzi do nadmiernej centralizacji systemu.

Wojewodowie

Po reformie administracji publicznej i reformie zdrowia z 1999 roku zmieniła się zasadniczo rola wojewody w strukturze administracji publicznej oraz (co się z tym wiąże) uległ zmianie zakres jego uprawnień w zakresie uprawiania polityki zdrowotnej.

Wojewoda został pozbawiony roli dostawcy różnego rodzaju usług materialnych i niematerialnych na rzecz mieszkańców i innych podmiotów, a także uprawnień organu założycielskiego dla zakładów opieki zdrowotnej.

Ogólna rola wojewody jest określona ustawą z dnia 5 czerwca 1998 roku i sprowadza się do stwierdzenia, że wojewoda jest przedstawicielem Rady Mini-

⁷ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001: 38–39.

⁸ Narodowa Ochrona Zdrowia, *Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002–2003*, marzec 2002, www.mzios.gov.pl

strów w województwie i, jako jej przedstawiciel, odpowiada za wykonywanie polityki rządu na obszarze województwa.

Należy przy tym pamiętać, iż wojewoda wykonuje także zadania w zakresie inspekcji sanitarnej i farmaceutycznej na szczeblu wojewódzkim, za pomocą wojewódzkich inspektorów sanitarnych.

Do właściwości wojewody należy zapobieganie zagrożeniom życia, zdrowia i mienia oraz zagrażaniu środowiska, bezpieczeństwa państwa i utrzymania porządku publicznego, ochrony praw obywatelskich, a także zapobiegania klęskom żywiołowym i innym.

Do 1999 roku wojewodowie swoje kompetencje z zakresu zdrowia publicznego mogli wykonywać dzięki współpracy z lekarzami wojewódzkimi, którzy stali na czele wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich.

Obecnie, przy znacznym zmniejszeniu kompetencji wojewody w zakresie zdrowia publicznego i przejściu ich na rzecz jednostek samorządu terytorialnego, nie występuje już jednolicie na terenie całego kraju lekarz wojewódzki, choć w znacznej części nowych urzędów wojewódzkich utrzymano, zwykle samodzielne, wydziały zajmujące się sprawami zdrowia.

Szczegółowe zadania województwa z zakresu ochrony zdrowia to:

- spełnianie roli organów założycielskich tylko zakładów inspekcji sanitarnej,
- pełnienie roli organu rejestrowego zakładów opieki zdrowotnej. Wojewoda bowiem prowadzi rejestr zakładów opieki zdrowotnej mających siedzibę na obszarze województwa, z wyjątkiem zakładów utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej oraz państwową uczelnię medyczną lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Rejestr ten jest jawny i dostępny do wglądu dla osób trzecich,
- wojewodowie uzyskali też znaczny wpływ na decyzje organów samorządu terytorialnego jako organów założycielskich w sprawie likwidacji lub przekształcenia zakładu opieki zdrowotnej. Aby samorządy mogły podjąć taką decyzję, muszą zasięgnąć opinii wojewody,
- czynności kontrolne tj. wizytacja pomieszczeń zakładu, obserwacja czynności związanych z udzielaniem świadczeń czy sprawdzanie przestrzegania wymagań dotyczących dopuszczania do stosowania i sposobu użytkowania, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aparatury i sprzętu medycznego oraz ambulanсів sanitarnych⁹,
- wojewoda opiniuje wojewódzkie plany zdrowotne sporządzane przez organy samorządów wojewódzkich,
- w zakresie uprawnień personalnych wskazać można, iż wojewoda posiada także kompetencję wyznaczania swego przedstawiciela do rady społecznej działającej przy publicznych zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez organ gminy, powiatu lub samorządu województwa,

⁹ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001, s. 68.

- istotne uprawnienia personalne dotyczą także możliwości powołania przez wojewodę, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, konsultantów wojewódzkich. Konsultanci powołani przez ten organ mają prawo do wykonywania zadań opiniotwórczych, doradczych i kontrolnych, a także do prowadzenia nadzoru nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy stomatologów, szkolenia podyplomowego farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne na obszarze województwa,
- wojewoda, poza wyżej wymienionymi kompetencjami, może także nałożyć na podmioty prowadzące transport sanitarny obowiązek wykonania dodatkowego zadania w przypadku katastrofy, epidemii, klęski żywiołowej albo w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych.

Podsumowując, do podstawowych zadań Wydziałów Spraw Społecznych i Zdrowia w urzędach wojewódzkich należy prowadzenie rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz postępowania administracyjnego w ich sprawach, a także wdrażanie i prowadzenie zadań polityki i strategii państwa w dziedzinie ochrony zdrowia na terenie województwa.

Należy pamiętać, że urzędy wojewódzkie posiadają swoje delegatury, w których również w podobnym zakresie realizowane są zadania z zakresu zdrowia publicznego.

Centra zdrowia publicznego

W skład jednostek administracji rządowej realizujących zadania z zakresu polityki zdrowotnej wchodzi również regionalne centra zdrowia publicznego, nieznajdujące się bezpośrednio w strukturze urzędów wojewódzkich¹⁰.

Zadania statutowe tych ośrodków koncentrują się wokół takich zagadnień, jak:

- prowadzenie działalności kontrolnej w zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa,
- analizowanie sprawozdań konsultantów wojewódzkich w poszczególnych specjalnościach medycyny oraz obsługa zespołu specjalistów wojewódzkich i przygotowanie wniosków,
- badanie jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty,
- zbieranie, ewidencjonowanie i analizowanie danych dotyczących stanu organizacyjnego oraz działalności zakładów opieki zdrowotnej, praktyk lekarza rodzinnego i sporządzanie informacji w tym zakresie.

Aby zaprezentować możliwości zatrudnienia absolwentów kierunku: zdrowie publiczne w tego typu instytucjach, zostanie przedstawiona struktura organizacyjna jednego z takich centrów, na przykładzie Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego, w skład którego wchodzi takie komórki, jak:

Dział Organizacji i Kontroli Opieki Zdrowotnej odpowiedzialny – między innymi – za przeprowadzanie czynności kontrolnych w zakładach opieki zdro-

¹⁰ Centra te przyjmują różne nazwy.

wotnej na terenie województwa czy analizowanie sprawozdań konsultantów wojewódzkich w poszczególnych specjalnościach medycyny, obsługę zespołów specjalistów wojewódzkich i przygotowanie wniosków oraz badanie jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty, a także zbieranie, ewidencjonowanie i analizowanie danych, dotyczących stanu organizacyjnego oraz działalności zakładów opieki zdrowotnej, praktyk lekarza rodzinnego, i sporządzenie informacji w tym zakresie

Dział Statystyki Medycznej, Analiz i Informatyki zajmuje się zbieraniem, analizowaniem i opracowywaniem danych o stanie zdrowia i potrzebach zdrowotnych ludności danego województwa.

Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych jest odpowiedzialny za organizowanie szkoleń z zakresu ratownictwa i systemu gotowości, koordynację doskonalenia zawodowego pracowników medycznych w systemie szkoleń podyplomowych oraz analizę zatrudnienia kadr medycznych, ewidencję specjalistów i prowadzących specjalizacje.

Dział Promocji Zdrowia koordynuje założenia polityki zdrowotnej państwa w zakresie Narodowego Programu Zdrowia i kontroluje realizację środków, zbiera i opracowuje informacje w zakresie programów profilaktyczno-leczniczych i programów promocji zdrowia w zakładach opieki zdrowotnej.

Dział Nadzoru nad Matką i Dzieckiem zajmuje się nadzorem organizacji opieki zdrowotnej nad kobietą w wieku rozrodczym i noworodkiem oraz opieką zdrowotną nad dzieckiem, koordynuje i monitoruje realizację profilaktycznych programów zdrowotnych¹¹.

Centra zdrowia publicznego stanowią bardzo ważne ośrodki zbierania danych i ich analizowania. Zdarzyć się w związku z tym może, iż będą one w przyszłości stanowić, w zależności od siły poszczególnych opcji politycznych, kartę przetargową pomiędzy wojewódzkimi organami administracji rządowej i samorządowej.

Centra te stanowić będą najbardziej pojemnego potencjalnego pracodawcę dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne na terenie administracji rządowej.

¹¹ Biuletyn Informacyjny Małopolskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia.

Przedstawianie wyników badania przeprowadzonego w formie kwestionariusza skierowanego do przedstawicieli jednostek administracji rządowej. Wskazanie rezultatów w poszczególnych kategoriach kompetencji

Wyniki badania oczekiwań dotyczących profesjonalnych kompetencji absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika zatrudnionego w sektorze administracji rządowej – przypomnienie rezultatów wywiadów

Podstawowym celem badania przeprowadzonego wśród jednostek administracji rządowej było uzyskanie opinii na temat potrzebnych, profesjonalnych kompetencji, jakimi powinien dysponować absolwent zdrowia publicznego w nich zatrudniony. Badanie przeprowadzone na grupie potencjalnych pracodawców absolwentów kierunku: zdrowie publiczne różniło się zasadniczo od badań przeprowadzonych w innych wyodrębnionych w projekcie grupach, ze względu na polityczne uwarunkowania pracy, np. w urzędach wojewódzkich. Ostatni kwartał 2001 r. upłynął w Polsce pod znakiem wyborów parlamentarnych, a następnie ukonstituowania się rządu oraz licznych zmian politycznych i kadrowych. W tej sytuacji nie udało się zebrać wystarczającej liczby osób do przeprowadzenia badania fokusowego i podjęta została decyzja o poddaniu wyselekcjonowanych pracodawców, zatrudnionych w jednostkach administracji rządowej (głównie kierowników wojewódzkich Wydziałów Zdrowia i Polityki Społecznej i Regionalnych Centrów Zdrowia Publicznego), wywiadom socjologicznym. Wywiad socjologiczny został przeprowadzony zgodnie ze scenariuszem badania fokusowego.

Według osób poddanych wywiadom, absolwenta kierunku: zdrowie publiczne powinna cechować znajomość przepisów prawa z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, umiejętność monitorowania i oceny wiedzy z zakresu funkcjonowania administracji publicznej, łatwość nawiązywania kontaktów, szybka reakcja na zaistniałe sytuacje, koordynowanie pomocy społecznej, zdolności analityczne (w tym analiza materiałów statystycznych), a także obsługa komputera.

Według badanych osób, w wyniku weryfikacji kwestionariusza, najbardziej pożądaną kategorią kompetencji, jakie powinien posiadać absolwent zdrowia publicznego, są specyficzne kompetencje z zakresu zdrowia publicznego, co oznacza, że zdolności z zakresu identyfikacji problemów i kierunków rozwoju zdrowia publicznego na terenie jednostek wojewódzkich są bardzo istotne. Równie wysoko oceniono także kompetencje interdyscyplinarne: zdolność posługiwania się komputerem i językiem obcym.

Jako dwie ostatnie kategorie zostały wskazane umiejętności z grup świadomość społeczno-polityczna i etyka oraz kompetencje przywódcze w społeczności lokalnej, co jest zastanawiające w środowisku bazującym na politycznych

uwarunkowaniach pracy. Być może wytłumaczeniem takiej klasyfikacji tych kompetencji jest chęć odpolitycznienia wyżej omawianych urzędów. Wydaje się to jednak dość utopijne.

Wskazanie i opis obszaru kompetencji najbardziej poszukiwanych przez pracodawców jednostek administracji rządowej. Lista umiejętności najbardziej i najmniej pożądanych

Po przeprowadzeniu opisanego powyżej badania w formie wywiadu socjologicznego, do wojewódzkich Wydziałów Zdrowia i Polityki Społecznej i Regionalnych Centrów Zdrowia Publicznego zostały wysłane ankiety, prezentujące listę 34 pożądanych kompetencji, które powinien posiadać potencjalnie zatrudniony w tych jednostkach absolwent zdrowia publicznego.

Wojewódzkie Wydziały Zdrowia i Polityki Społecznej stanowiły stosunkowo nieliczną grupę spośród instytucji biorących udział w badaniu. W badaniu wzięły 9 z 16 tego typu jednostek, co stanowiło 2,9% w skali całego projektu. Biorąc jednak pod uwagę, że w całej Polsce jest 16 urzędów wojewódzkich, daje nam to ponad 50% w skali ogólnej ich liczby.

Regionalne Centra Zdrowia Publicznego stanowiły w skali wszystkich instytucji 2,6% (w badaniu wzięło udział 8 tego typu centrów, czyli dokładnie 50% w skali ich ogólnej liczby).

W sumie wysłano 9 ankiet do wojewódzkich Wydziałów Zdrowia i Polityki Społecznej i 8 do Regionalnych Centrów Zdrowia Publicznego.

Trudno jednak grupę złożoną z 17 podmiotów uznać za wysoce reprezentatywną dla całego sektora.

Respondentami w naszym badaniu byli pracownicy ww. jednostek, zatrudnieni na następujących stanowiskach:

- Dyrektor – 29,4%,
- Pracownik administracji – 11,8%,
- Inny pracownik – 11,8%,
- Kierownik departamentu – 5,9%.

Ankietowani pochodzili w 88,2% z dużych miast, liczących powyżej 200 tys. mieszkańców i w 11,8% z miast liczących do 200 tys. mieszkańców.

Zadaniem badanych było dokonanie oceny każdej z kompetencji, czyli określenie, jak dana kompetencja jest istotna w wykonywaniu zadań z zakresu ochrony zdrowia na terenie ich instytucji, z zastosowaniem pięciostopniowej skali od „mało ważna”, poprzez „dość ważna”, „ważna”, „bardzo ważna” do „niezbędna”.

Respondenci uznali, że najbardziej pożadanymi umiejętnościami ich potencjalnych pracowników, absolwentów zdrowia publicznego jest **zaangażowanie w pracę zawodową oraz odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje**.

Poczucie odpowiedzialności za własne działanie i ich konsekwencje zostało uznane przez 64,7% badanych za absolutnie niezbędne, a przez 35,3% za bardzo ważne. Nikt nie uznał jej za mniej niż bardzo ważną. Podobnie oceniono umie-

jętność silnego zaangażowania się w pracę (41,2% respondentów uznało tę kompetencję za niezbędną, 41,2% za bardzo ważną, 11,8% za ważną, a 5,9% za dość ważną. Nikt nie uznał jej za mało ważną).

Uznanie ww. kompetencji za najważniejsze przez potencjalnego pracownika jednostek administracji rządowej, które zakwalifikować można jako interdyscyplinarne czy też uniwersalne, a w związku z tym osiągalne dla absolwenta każdego kierunku studiów, może świadczyć o wspomnianych już przeze mnie na wstępie opracowanych problemach, takich jak: trudności związane z definiowaniem zdrowia publicznego i jego obszaru zarówno badawczego jak i praktycznego oraz kłopoty z określeniem, kim właściwie jest absolwent kierunku: zdrowie publiczne.

Aż 52,9% badanych uznało, że umiejętność wywiązywania się z zadań i obowiązków bez nadzoru jest niezbędna dla pracownika ww. instytucji. Umiejętność ta została uznana przez 41,2% badanych za bardzo ważną, przez 5,9% za ważną. Nikt nie uznał jej za dość ważną czy za mało ważną.

Wśród wysoko ocenionych przez respondentów kompetencji znalazły się również:

- Umiejętność współpracy w zespole (47,1% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, tyle samo za bardzo ważną, 5,9% za ważną. Nikt nie uznał jej za dość ważną czy mało ważną).
- Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych (52,9% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 29,4% za bardzo ważną, 17,6% za ważną. Nikt nie uznał jej za dość ważną czy mało ważną).
- Opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych (41,2% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 47,1% za bardzo ważną, 11,8% za ważną. Nikt nie uznał jej za dość ważną czy mało ważną).
- Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych (47,1% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 35,3% za bardzo ważną, 17,6% za ważną. Nikt nie uznał jej za dość ważną czy mało ważną).
- Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli (52,9% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 29,4% za bardzo ważną, 5,9% za ważną, a 11,8% za dość ważną. Nikt nie uznał jej mało ważną).
- Dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy (41,2% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 41,2% za bardzo ważną, 11,8% za ważną, 1,1% za dość ważną. Nikt nie uznał jej za mało ważną).
- Radzenie sobie z konfliktem (35,3% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 41,2% za bardzo ważną, 23,5% za ważną. Nikt nie uznał jej za dość ważną czy mało ważną).

Za najmniej istotne kompetencje respondenci uznali:

- Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach (11,8% niezbędne, 41,2% bardzo ważne, 35,3% ważne, 11,8% dość ważne. Nikt nie uznał jej za mało ważną).

- Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem (11,8% niezbędne, 41,2% bardzo ważne, 41,2% ważne, 5,9% dość ważne. Nikt nie uznał jej za mało ważną).
- Umiejętność negocjacji i mediacji (11,8% niezbędna, 47,1% bardzo ważna, 35,3% dość ważna, 5,9% ważna. Nikt nie uznał jej za mało ważną).
- Umiejętność przekonywania (11,8% niezbędna, 41,2% bardzo ważna, 47,1% dość ważna. Nikt nie uznał jej za dość ważną czy mało ważną).
- Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania w rozwiązywaniu jego problemu (17,6% niezbędna, 41,2% bardzo ważna, 29,4% ważna, 11,8% za dość ważna. Nikt nie uznał jej za mało ważną).

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że specyficzne kompetencje z zakresu zdrowia publicznego są pożądane dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne, chcących znaleźć zatrudnienie w jednostkach administracji rządowej. Niemniej jednak, kompetencje uniwersalne, niekoniecznie mające związek z procesem kształcenia w Instytutach Zdrowia Publicznego, są przynajmniej tak samo lub nawet bardziej oczekiwane od absolwentów zdrowia publicznego, chcących znaleźć zatrudnienie w badanych jednostkach administracji rządowej.

Zastanawiająca jest rozbieżność w prezentowanych wynikach pochodzących z wywiadów socjologicznych i tych otrzymanych z ankiet.

Pracownicy jednostek biorących udział w wywiadzie za najbardziej pożądane kategorie kompetencji, jakie powinien posiadać absolwent zdrowia publicznego, uznali specyficzne kompetencje z zakresu zdrowia publicznego, co mogło oznaczać, że zdolność z zakresu identyfikacji problemów i kierunków rozwoju zdrowia publicznego na terenie jednostek wojewódzkich została uznana za najważniejszą.

Tymczasem w badaniu ankietowym przeprowadzonym na zdecydowanie większej próbie zwrócono większą uwagę na kompetencje interdyscyplinarne niż specyficzne z zakresu zdrowia publicznego, co może oznaczać, że w związku z przekazaniem części uprawnień z zakresu opieki zdrowotnej przez województwa na rzecz jednostek administracji samorządowej, zmieniły się również wymagania w stosunku do osób zatrudnianych w tego typu instytucjach. Nie bez znaczenia jest również fakt niewielkiej wiedzy na temat tego, czym jest zdrowie publiczne i jakie kompetencje posiada absolwent takiego kierunku, właściwie wśród większości grup pracodawców wyróżnionych w projekcie Leonardo da Vinci.

Jasno chciałabym jednak podkreślić, że w przypadku tak małej próby badawczej trudno pokusić się o jednoznaczne wnioski, szczególnie w przypadku, kiedy większość ocenianych przez respondentów kompetencji została uznana za niezbędne i bardzo ważne, a w najgorszym przypadku – ważne dla pracownika zatrudnionego w ich instytucjach.

Prezentacja wyników badań pod kątem wyszczególnienia najczęściej proponowanych stanowisk – miejsc pracy

Trudno rozpatrywać kwestie potencjalnego zatrudnienia absolwenta zdrowia publicznego tylko pod kątem prezentowanych przez niego, nabywanych w trakcie kształcenia umiejętności. Już w trakcie wywiadu respondenci zwracali uwagę na to, że lista kompetencji przedstawiona do weryfikacji wyczerpuje zakres kompetencji absolwenta, jednak nie uwzględnia faktu, jakie stanowisko pracy będzie on zajmował. Inne bowiem wymagania będą w stosunku do osób pełniących funkcję kierownicze, a inne w stosunku do tych, które wykonują czynności administracyjne, związane z działalnością wydziału. Już wtedy proponowano, aby posegregować te kompetencje, w zależności od zajmowanego stanowiska w strukturze organizacyjnej, np. kierownik (naczelnik wydziału), pracownik do spraw promocji czy polityki zdrowotnej.

W wysłanej do potencjalnych pracodawców jednostek administracji rządowej ankiecie znalazło się zatem pytanie o potencjalne stanowisko pracy dla absolwenta zdrowia publicznego w danej instytucji.

Respondenci z wojewódzkich Wydziałów Zdrowia i Regionalnych Centrów Zdrowia Publicznego uznali, że najbardziej odpowiednim stanowiskiem pracy dla absolwenta zdrowia publicznego w ich instytucjach jest stanowisko **specjalisty ds. planowania i polityki zdrowotnej** (29,4%) oraz takie stanowiska, jak:

- specjaliści ds. promocji zdrowia (11,8%),
- analityka – prognosty (11,8%),
- pracownika administracyjnego (11,8%),
- specjaliści ds. zarządzania zasobami ludzkimi (11,8%).

Wymieniono również takie stanowiska, jak specjalista (5,9%) oraz zarządzający jednostką (dyrektor, kierownik) (5,9%) i inne (5,9%).

Na terenie jednostek administracji rządowej, podobnie jak samorządowej, pomimo niespójnego podziału zadań i kompetencji w ramach administracji publicznej w zakresie ochrony zdrowia, zadania z zakresu prowadzenia polityki zdrowotnej oraz promocji zdrowia na tle pozostałych są w zdecydowany sposób dominujące, co przekłada się na konieczność zatrudniania w tego typu jednostkach odpowiednio do tego wykształconych specjalistów ds. polityki zdrowotnej i promocji zdrowia, którymi w naturalny sposób mogą być absolwenci zdrowia publicznego.

Wnioski dotyczące specyficznych oczekiwań grupy administracji rządowej w stosunku do absolwentów kierunku: zdrowie publiczne

Jednostki administracji rządowej stanowią stosunkowo nieliczną grupę potencjalnych pracodawców. Dodatkowo w wyniku permanentnie trwającego od końca lat 90. procesu reformatorskiego, zarówno systemu opieki zdrowotnej, jak

i administracji publicznej, doprowadzono do znacznego zmniejszenia kompetencji wojewody w zakresie zadań z zakresu ochrony zdrowia i przesunięcia ich na rzecz jednostek samorządu terytorialnego.

Istnieje również wiele przesłanek sugerujących problem instrumentalnego traktowania spraw zdrowia przez aktualnie rządzący establishment polityczny, który podejmuje przecież nie tylko decyzje dotyczące obsadzenia stanowiska w poszczególnych resortach, ale również w urzędach wojewódzkich. Nie jest to oczywiście czynnik przesądzający o sposobie prowadzenia polityki zdrowotnej przez regionalne agendy rządowe, ale ma istotny wpływ na tryb ich pracy.

Ogólne cele działań rządu i podporządkowanych mu agend można zdefiniować jako dający się zaakceptować poziom funkcjonowania opieki zdrowotnej, wystarczający tak z punktu widzenia wielkości zasobów, jakie są na niego przeznaczane, jak i oczekiwań społecznych¹².

Z drugiej strony, ci właśnie aktorzy polityki zdrowotnej mają stosunkowo największy wpływ na jej kształt i sposób realizowania, poprzez bliskość najważniejszych ośrodków decyzyjnych.

Dodatkowym utrudnieniem w analizie zjawiska jest brak wiedzy na temat docelowego modelu systemu opieki zdrowotnej w Polsce: zdecentralizowanego czy zcentralizowanego.

W kontekście tych wniosków niezwykle istotne jest podjęcie próby ustalenia, jakimi umiejętnościami powinien się charakteryzować absolwent kierunku: zdrowie publiczne, mogący znaleźć zatrudnienie w tego typu instytucjach, tym bardziej, że w warunkach ich upolitycznienia mógłby on stanowić jednego z nielicznych profesjonalistów i podejmować zadania m.in. z zakresu fachowego doradztwa, planowania, prowadzenia programów zdrowotnych itp.

Biorąc pod uwagę wyniki badań kwestionariusza, należy skupić się na prezentacji zapotrzebowania rynku i promowaniu nowoczesnych metod nauczania, dzięki którym poszukiwane kompetencje specyficzne z obszaru zdrowia publicznego byłyby kształtowane komplementarnie z umiejętnościami interpersonalnymi i społecznymi (tak wysoko cenionymi przez biorące w badaniu jednostki administracji rządowej). Należałoby wprowadzić zatem do systemu nauczania techniki umożliwiające wypracowanie tych najbardziej pożądanych umiejętności o charakterze uniwersalnym, które stymulują pracę w grupie, uczą odpowiedniego zarządzania czasem, a z drugiej strony – kształcą umiejętności samodzielnego wywiązywania się z zadań i obowiązków, poprzez indywidualne poszukiwanie informacji i inne.

Na podstawie przeprowadzonego badania na jednostkach administracji rządowej, można zidentyfikować, niestety, wiele barier leżących poza procesem kształcenia absolwentów zdrowia publicznego i wpływających w znacznym stopniu na ich potencjalne zatrudnienie.

¹² C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996, s. 75.

Ponownie zwrócę uwagę na konieczność wypracowania jednolitego i powszechnie rozumianego pojęcia zdrowia publicznego, a w szczególności wypracowania spójnej definicji wytyczającej pojęciowy zakres tej dziedziny.

Okolicznością niesprzyjającą jest również niespójny podział kompetencji i zadań jednostek administracji publicznej w obszarze ochrony zdrowia, a także niejasność koncepcji decydentów politycznych i ich dylematy w tym zakresie.

Podsumowując najważniejsze wnioski z przeprowadzonego badania, można pokusić się o przedstawienie podstawowych rekomendacji, będących rezultatem prowadzonego badania.

Niezwykle istotne – o czym już wielokrotnie pisałam – jest przygotowanie regulacji prawnych dotyczących dziedziny zdrowia publicznego (ustawy o zdrowiu publicznym, z określeniem zakresu przedmiotowego tego pojęcia oraz zakresu odpowiedzialności służb zdrowia publicznego, zdefiniowanie charakteru Narodowego Programu Zdrowia, relacji pomiędzy ministrem zdrowia oraz jego agendami a jednostkami samorządu terytorialnego itp.).

Należy również rozpowszechniać informacje na temat profesjonalnego przygotowania absolwentów kierunku: zdrowie publiczne do realizowania zadań z zakresu zdrowia publicznego, prowadzić marketing publiczny, a także organizować staże i praktyki studenckie w jednostkach zidentyfikowanych, w ramach tzw. infrastruktury zdrowia publicznego.

Ważne jest również dostosowywanie programów nauczania na kierunku: zdrowie publiczne do zmian i wymogów rynku pracy, a w dalszej perspektywie – także standardów kształcenia w Unii Europejskiej.

Bibliografia

1. Bałaban A., *Region europejski a polskie województwo*, Toruń 1998.
2. Dercz M., Izdebski H., *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001.
3. Golinowska S., Włodarczyk C. (praca zbiorowa), *Raport CASE 53, Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002.
4. *Healthy People*, rozdział 23 „Public Health Infrastructure”
5. (www.health.gov/healthpeople/Document).
6. Hryniewicz J., *Decentralizacja funkcji społecznych państwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001.
7. Kowalska-Koprowska I., *Wyniki badania oczekiwań dotyczących profesjonalnych kompetencji absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika zatrudnionego w sektorze administracji samorządowej*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2).
8. Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.
9. Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Kraków 1998.

Ranking kompetencji od najbardziej do najmniej pożądanych dla pracodawców z sektora administracji rządowej

1	Zaangażowanie w pracę zawodową.
2	Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje.
3	Wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru.
4	Umiejętność współpracy w zespole.
5	Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych.
6	Opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych.
7	Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.
8	Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli.
9	Dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy.
10	Radzenie sobie z konfliktem.
11	Planowanie i zarządzanie projektem.
12	Skuteczne komunikowanie się.
13	Świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób.
14	Przekazywanie informacji z dziedziny zdrowia publicznego i edukowanie.
15	Umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych.
16	Pozyskiwanie i wykorzystanie danych epidemiologicznych.
17	Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska.
18	Zbieranie i wykorzystywanie informacji z różnych dziedzin zdrowia publicznego.
19	Wykorzystanie informacji pochodzących z badań naukowych do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.
20	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat zachowań warunkujących stan zdrowia.
21	Dostosowanie się do zmian, np.: stanowiska, harmonogramu, w strukturze instytucji.
22	Zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji.
23	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat psychospołecznych czynników warunkujących zdrowie.
24	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie.
25	Umiejętność wspierania inicjatyw innych osób, grup, instytucji.
26	Współpraca z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego.
27	Umiejętność współpracy międzysektorowej.
28	Umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta.
29	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat ekonomicznych uwarunkowań zdrowia.
30	Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania w rozwiązywaniu jego problemu.
31	Umiejętność negocjacji i mediacji.
32	Umiejętność przekonywania.
33	Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem.
34	Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach.

